

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN EL ÉXITO DE UN TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y A LA COCAÍNA EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

INFLUENCE OF THE DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDER IN THE SUCCESS OF A TREATMENT FOR ADDICTION TO ALCOHOL AND COCAINE IN A THERAPEUTIC COMMUNITY

Isabel María Fernández Pérez
Asociación Betania, España

Abstract

Introduction. There have been numerous investigations carried out with the purpose of describing which variables predict the therapeutic success in Therapeutic Communities of drug addiction. *Objectives.* We pretended to observe if the presence of comorbid personality disorder in users who were receiving treatment in the Betania Therapeutic Community due to cocaine and alcohol use disorder influenced their therapeutic success. *Methodology.* Data were obtained from 258 users who had entered the Community between 2007 and 2016. *Results.* 17.1% of them had as main reason to enter into the treatment of alcohol consumption, 20.9% had cocaine, and 62% had both substances. 53.9% of participants had Personality Disorder. 77.1% had received therapeutic discharge. *Conclusions.* The gender and age of the participants do not influence the therapeutic success. The results of the analysis of the influence of personality disorder on therapeutic success are contradictory, being observed only when we analyze the influence of said disorder in isolation and not in conjunction with other variables. It is found that the duration of treatment influences the therapeutic success, observing that for the total sample the group without personality disorder stays longer in treatment.

Keywords: Personality disorder, stay in treatment, therapeutic success, therapeutic community

Resumen

Introducción. Han sido numerosas las investigaciones realizadas para describir qué variables predicen el éxito terapéutico en Comunidades Terapéuticas de drogodependencias. *Objetivos.* Se pretendía observar si la presencia de trastorno de personalidad comórbido en usuarios en tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania por trastorno por uso de cocaína y alcohol influía en el éxito terapéutico de los mismos. *Metodología.* Se obtuvieron datos de 258 usuarios que habían ingresado en la Comunidad entre 2007 y 2016. *Resultados.* El 17.1% tenía como principal motivo para ingresar en tratamiento el consumo de alcohol, el 20.9% el de cocaína, y el 62% el de ambas sustancias. El 53.9% de participantes presentaba Trastorno de Personalidad. El 77.1% había recibido alta terapéutica. *Conclusiones.* El sexo y edad de los participantes no influyen en el éxito terapéutico. Los resultados del análisis de la influencia del trastorno de personalidad en el éxito terapéutico son contradictorios, observándose solo al analizar la influencia de dicho trastorno de forma aislada y no conjuntamente con otras variables. Se constata que la duración del tratamiento influye en el éxito terapéutico, observándose que para la muestra total el grupo sin trastorno de personalidad permanece más tiempo en tratamiento.

Palabras clave: Trastorno de personalidad, permanencia en tratamiento, éxito terapéutico, comunidad terapéutica.

Uno de los aspectos estudiados en el ámbito de la Salud Mental y adicciones ha sido la relación entre el diagnóstico de Patología Dual y alcanzar el éxito terapéutico en Comunidades Terapéuticas de drogodependencias. El presente trabajo se ha centrado en la observación de la influencia del tipo de Patología Dual caracterizado por la combinación de Trastornos de la Personalidad y trastornos adictivos en el éxito terapéutico. Según Szerman et al. (2015) la Sociedad Española de Patología Dual define la Patología Dual como: *"La existencia en una misma persona de un trastorno adictivo y otro trastorno mental..."* (Szerman et al., 2015, p.1).

De este modo, Szerman, Casas y Bobes (2013) afirmaron la necesidad de un modelo asistencial multidisciplinar que integrara las redes de salud mental y adicciones ya que, como afirmaron Marín y Szerman (2015), las personas con trastorno psiquiátrico y trastorno por consumo de sustancias tenían asociadas tasas más elevadas de recaídas en la adicción, problemas de adaptación social, escolar, laboral, etc., y en definitiva mayor riesgo de marginación social y deterioro biopsicosocial. Estos aspectos cobraban aún más importancia al tener en cuenta que según Szerman et al. (2015), el 70% de las personas que presentaba un trastorno por abuso de sustancias presentó otro trastorno mental. Desde la perspectiva contraria solo una pequeña proporción de los trastornos mentales podía ser atribuido a un trastorno por uso de sustancias (Szerman, 2016; Vega et al., 2015).

Según la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos por consumo de sustancias se incluyen dentro del capítulo "Trastornos relacionados con sustancias". Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) sostiene que los trastornos de personalidad son variantes de esos rasgos de personalidad inflexibles, que generan en la persona desadaptación, malestar subjetivo y dificultad funcional significativa.

Según Peris (2016) han sido numerosos los estudios realizados con el objetivo de describir la coexistencia entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias. Arias et al., (2013) obtuvieron que los tipos de trastorno de personalidad que más se asociaban al consumo de sustancias eran los tipos paranoide, límite,

antisocial y esquizoide. Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa (2009), observaron que el 36.7% de los participantes en tratamiento por adicción tenía un trastorno de personalidad. Robles et al. (2017) situaron la prevalencia de este diagnóstico en el 29.7%. Martínez-Gras et al. (2016), situaron en el 12.7% de los participantes la tasa de trastorno de la personalidad límite o antisocial. Lana et al. (2016) encontraron que 28 de 51 participantes tenía trastorno de personalidad y trastorno por abuso de sustancias. Asimismo, Verheul (2001 citado en Peris, 2016), afirmó que las adicciones y la personalidad guardaban alguna relación causal, ya que los estudios mostraron una coexistencia más fuerte que la que se observaría por casualidad.

Por su parte, Fowler, Groat & Ulanday (2013) observaron que el 29% de participantes interrumpió el tratamiento antes de los 42 días acordados previamente en el contrato terapéutico. Vergara-Moragues (2010) sostuvo que el trastorno de personalidad comórbido con abuso de sustancias podría complicar el diagnóstico y el tratamiento además de suponer una peor respuesta a este último, y Vergara-Moragues et al. (2013) observaron que solo el 28.1% de los participantes con trastornos de la personalidad finalizaron con alta terapéutica frente al 50% de pacientes sin este trastorno. Martínez-González, Graña y Trujillo (2009) constataron que las personas con trastorno de personalidad tenían más momentos y circunstancias de riesgo de consumo, aunque en su estudio la variable trastorno de personalidad no predijo en sí misma el tipo de alta. Krieger et al. (2016) encontraron que el grupo de participantes con trastorno de personalidad permaneció de forma significativa más tiempo en tratamiento que el grupo sin dicho trastorno. Así, Szerman, Casas y Bobes (2013) tras realizar una encuesta a 169 profesionales sanitarios sobre percepción de adherencia a tratamientos en pacientes con patología dual, obtuvieron que éstos situaban en un 68% el porcentaje de incumplimiento de las terapias. De forma similar Roncero et al. (2016) obtuvieron que los profesionales situaban este porcentaje en el 25.6% de pacientes. Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013) encontraron que el 70.5% recibió un alta de tipo no terapéutico frente al 29.5% que recibió alta terapéutica. González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, (2014) observaron que el grupo de participantes que tenía comorbilidad de trastorno de personalidad mostró una probabilidad significativamente menor de continuar en tratamiento y

menos porcentaje de alta terapéutica con respecto al grupo con trastorno por abuso de sustancias solo.

Objetivos del estudio

En el presente estudio se tenía como objetivo general observar si la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido en usuarios que siguieron tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania por trastorno por uso de cocaína y alcohol, influía en el éxito terapéutico de los mismos. En concreto se pretendía constatar si las variables sexo y edad influían en el tipo de alta recibida. Además se buscó observar el porcentaje de participantes que recibió alta terapéutica y el porcentaje de diagnóstico de Trastorno de Personalidad presente en la muestra. También por una parte, determinar si el tipo de sustancia principal que motiva el ingreso tiene alguna influencia sobre el éxito terapéutico. Por otra parte, observar la influencia de tener trastorno de personalidad en el éxito terapéutico y si había diferencias significativas en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas entre el grupo de participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad y el grupo sin dicho diagnóstico tanto tomando la muestra total como distinguiendo según la principal sustancia que motivó el ingreso (alcohol, cocaína o ambas). Además, constatar si había diferencias significativas en la duración del tratamiento entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin este diagnóstico tanto para la muestra total como distinguiendo entre la principal sustancia consumida. Asimismo, determinar si el tiempo que permanece el usuario en tratamiento influye en el éxito del mismo y si los participantes que recibieron alta terapéutica y los que no diferían significativamente en el tiempo en tratamiento para la muestra total y distinguiendo según sustancia problema principal.

Proceso Terapéutico en la Comunidad Terapéutica Betania:

Antes de continuar con la exposición de los apartados de esta investigación era necesario describir algunas de las características de la derivación y el proceso de tratamiento que siguieron los usuarios en la Comunidad Terapéutica Betania:

Este recurso forma parte de la Red Socio – Asistencial de Adicciones de la Región de Murcia y lleva a cabo un servicio de atención a personas con diagnóstico

de adicción con el objetivo de lograr la deshabituación de sustancias y la reinserción social.

Las derivaciones a Betania fueron realizadas de otros recursos (Centro de Atención de Drogodependencias, Centros de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico, otras Comunidades Terapéuticas, Unidad de desintoxicación Hospitalaria, etc.) en los que el usuario se encontraba en tratamiento y se consideró su idoneidad para ingresar en una Comunidad Terapéutica debido a sus características clínicas. Por tanto en los recursos que realizaron la derivación ya se había evaluado al usuario y llevado a cabo un diagnóstico clínico según el Manual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). El usuario no interrumpió su tratamiento ambulatorio en su Centro de Salud Mental o Centro de Atención de drogodependencias de referencia en el momento en que ingresó en Betania.

A pesar de lo anterior, al inicio del ingreso en tratamiento en Betania se realizó una evaluación de cada usuario en las áreas médica y sanitaria, psicológica y neuropsicológica, social, laboral, formativa, familiar y de gestión del tiempo de ocio para elaborar un Plan de Tratamiento Individualizado. A partir de los resultados de esta evaluación fueron definidos objetivos terapéuticos y se establecieron planes y pautas de actuación para la consecución de los mismos. Por ello la intervención fue de carácter interdisciplinar (Asociación Betania, 2016). Para conocer con más detalle las características del proceso de tratamiento en Betania véase www.asociaciónbetania.org (Asociación Betania, 2017).

En cuanto a la duración aproximada del tratamiento en la Comunidad, se estima de unos 6 meses, sin embargo, ésta puede sufrir variaciones en función de las características clínicas y circunstancias de la persona que demanda asistencia. Por tanto, la definición de éxito terapéutico para un usuario atendido en Betania no viene tanto definida por el trascurso de esos 6 meses en el recurso, sino por el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro de su Plan de Tratamiento Individualizado.

Por último, es importante mencionar que el tratamiento en Betania apenas ha sufrido variaciones durante el periodo de tiempo tomado para este estudio, -entre 2007 y 2016-, con lo que todos los usuarios que han ingresado han pasado por el mismo proceso terapéutico y traían el diagnóstico clínico de su Trastorno

de Personalidad del recurso de procedencia (Asociación Betania, 2016).

MÉTODO

Participantes

Se partió de una población inicial de 377 personas que habían realizado su tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania entre los años 2007 y 2016. Esta población constaba de todos los usuarios de los que se disponían datos en la base de datos sobre las variables de interés para este estudio. Sin embargo, mediante muestreo no probabilístico, se formó una muestra de 258 participantes tras la aplicación de los siguientes criterios de exclusión:

- 1- Encontrarse cumpliendo condena por causa penal o judicial en el momento del ingreso en la Comunidad, ya que no podíamos saber si aquellas personas que ingresaron en la Comunidad por razones penales o judiciales tenían una motivación intrínseca hacia la recuperación de la adicción.
- 2- Que el motivo principal de ingreso en la Comunidad Terapéutica no fuera el diagnóstico de Trastorno por consumo de alcohol (F10), de cocaína (F14) o de ambas sustancias, diagnosticado a partir del Manual CIE-10 por el recurso que deriva a la Comunidad Terapéutica. Este criterio de exclusión persiguió que la muestra fuera lo más homogénea posible desde el punto de vista de las variables de consumo. En concreto se excluyó al 11.94% de los participantes debido a que su principal motivo de ingreso habían sido otras sustancias como benzodiacepinas, sedantes, opioides, cannabis, disolventes volátiles o por ludopatía.
- 3- Ser derivado para un ingreso hospitalario durante su proceso en Betania por razones de fuerza mayor.

Criterios de inclusión:

- 1- Que dieran su consentimiento voluntario a ingresar en tratamiento y por tanto a ser evaluados.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, los participantes de la muestra habían sido derivados de diversos centros dentro de la Región de Murcia. La media de edad de la muestra era de $M = 36.33 \pm 8.8$ años. El 86.4% eran varones y 13.6% mujeres. El 17.1% ($n = 44$) había ingresado con un motivo principal de tratamiento basado en el consumo abusivo de alcohol principalmente, el 20.9% ($n = 54$) por consumo de cocaína y el 62% ($n = 160$) cocaína y alcohol.

Variables del estudio

Trastorno de personalidad. El diagnóstico Trastorno de Personalidad ya vino realizado del recurso que derivó a la Comunidad Terapéutica siguiendo al manual CIE-10. Éste incluye este grupo de trastornos dentro del apartado de Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto (F60-69) definiéndolos como una serie de alteraciones y formas diversas de comportamiento que tienden a ser persistentes y tienen importancia clínica por sí mismos, siendo la expresión del estilo de vida del individuo y de la forma característica de relacionarse consigo mismo y con los demás (Organización Mundial de la Salud, 1992). Se trata de una variable medida de tipo categórico o nominal.

Tipos de Alta. Se define el alta como el momento en que el usuario finaliza su proceso de tratamiento en la Comunidad. El alta es terapéutica cuando el usuario finaliza su tratamiento en Betania tras haber cumplido los objetivos propuestos dentro de su Plan de Tratamiento Individualizado. En caso del no cumplimiento de los mismos se define como Alta no terapéutica. En el apartado anterior "Proceso terapéutico en la Comunidad Terapéutica Betania" (p. 4) y en www.asociaciónbetania.org se han expuesto más detalles sobre el proceso de tratamiento y su duración (Asociación Betania, 2016, 2017).

Tiempo en tratamiento. Se define como la cantidad de días que transcurren desde que el usuario ingresa en la Comunidad Terapéutica hasta que recibe el alta, independientemente de que haya finalizado el tratamiento con éxito terapéutico o no. Es una variable de tipo cuantitativo.

Procedimiento

Los datos para este estudio fueron cedidos por la Asociación Betania a partir de su base de datos. En el

momento del ingreso los usuarios firman su consentimiento para ser evaluados y ceder sus datos para su utilización en el centro. Además, se eliminaron los datos que podían identificar a los usuarios asegurando así el respeto de su derecho a la confidencialidad.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS IBM versión 22.

Para observar el porcentaje de altas terapéuticas y de diagnósticos de Trastorno de Personalidad en la muestra se realizaron tablas de contingencias. Para observar la relación entre variables categóricas se utilizó la prueba *Chi Cuadrado de Pearson* utilizando el estadístico el estadístico *Odds Ratio (OR)* como medida del tamaño del efecto. Para observar la relación entre variables categóricas y cuantitativas se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes utilizando el criterio de Cohen (*d* de Cohen) como medida de tamaño del efecto. Finalmente se realizó análisis de regresión

logística binaria para predecir el peso de las variables de este estudio en el tipo de alta.

RESULTADOS

La media de edad del grupo de participantes que recibió alta terapéutica fue de 36.64 ± 8.699 ($M \pm DT$) años y la del grupo que recibió alta no terapéutica de 35.25 ± 9.125 años. Los resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes para observar si había diferencias significativas entre la edad de aquellos participantes que recibieron alta terapéutica y los que no indicó que no existían diferencias significativas entre la edad de ambos grupos, lo que fue asociado a tamaño del efecto bajo y se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Prueba *t* de Student para muestras independientes entre edad y tipo de alta

	Igualdad de varianzas	Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto (<i>d</i> de Cohen)
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Edad	Se asume	.154	.695	-1.065	256	.288	0.158
	No se asume			-1.038	91.523	.302	

Los resultados de realizar las tablas de contingencias para observar el porcentaje de altas terapéuticas por sexo se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipo de alta en función del sexo

	Sexo		Tipo de alta		Total	Valor	Chi Cuadrado		OR
			No Terapéutica	Terapéutica			<i>gl</i>	Sig (bil)	
Muestra Total	Mujer	Recuento	8	27	35	.000	1	.999	1.001
		Porcentaje	22.9%	77.1%	100%				
	Hombre	Recuento	51	172	223				
		Porcentaje	22.9%	77.1%	100%				
	Total	Recuento	59	199	258				
		Porcentaje	22.9%	77.1%	100%				

Los resultados de la prueba Chi Cuadrado para observar si había diferencias entre ambos sexos en el porcentaje de altas terapéuticas es $CHI^2 = .000; p = .999; OR = 1.001$ con lo que no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas.

Tras realizar las tablas de contingencias para observar el porcentaje de trastorno de personalidad diagnosticado para cada grupo según su principal motivo de diagnóstico se obtienen los resultados detallados en la Tabla 3.

Tabla 3. Trastorno de personalidad para cada grupo según la principal sustancia por la que ingresa en tratamiento

Diagnóstico Principal		Trastorno de Personalidad			Chi Cuadrado		
		Sí	No	Total	Valor	gl	Sig. (bil)
Alcohol	Recuento (n)	11	33	44	17.968	2	.000
	Porcentaje %	25%	75%	100%			
Cocaína	Recuento (n)	31	23	54			
	Porcentaje %	57.4%	42.6%	100%			
Ambas (Coc + Alc)	Recuento (n)	97	63	160			
	Porcentaje %	60.6%	39.4%	100%			
Total	Recuento (n)	139	119	258			
	Porcentaje %	53.9%	46.1%	100%			

La prueba Chi Cuadrado para observar la influencia del motivo principal de tratamiento en la presencia de trastorno de personalidad arrojó un resultado de $CHI_2=17.968$; $p=.000$, con lo que se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en la presencia de trastorno de personalidad. El riesgo de tener trastorno de personalidad en el grupo que consume principalmente ambas sustancias (alcohol y cocaína) mostró ser 2.8 veces superior a partir de un *Resido Corregido* = 2.8. En el caso

del grupo que ingresa por adicción al alcohol este riesgo es 4.2 veces inferior (*Resido Corregido* = -4.2).

Los resultados de realizar las tablas de contingencias para observar el porcentaje altas terapéuticas y no terapéuticas para cada grupo según su principal motivo de diagnóstico se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Tipo de alta para cada grupo según la principal sustancia por la que ingresa en tratamiento

Diagnóstico Principal		Tipo de Alta			Chi Cuadrado		
		No Terapéutica	Terapéutica	Total	Valor	gl	Sig. (bil)
Alcohol	Recuento (n)	4	40	44	6.340	2	.042
	Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%			
Cocaína	Recuento (n)	16	38	54			
	Porcentaje %	29.6%	70.4%	100%			
Ambas (Coc + Alc)	Recuento (n)	39	121	160			
	Porcentaje %	24.4%	75.6%	100%			
Total	Recuento (n)	59	199	258			
	Porcentaje %	22.9%	77.1%	100%			

Tras realizar la prueba Chi Cuadrado para medir la relación entre el tipo de sustancia problema principal y el tipo de alta recibida se obtuvo que $CHI_2=6.340$; $p=.042$, con lo que de forma significativa se ha podido observar que existieron diferencias intergrupo en recibir o no alta terapéutica según sustancias. El grupo que ingresó por consumo principal de alcohol mostró un riesgo 2.4 veces superior de recibir alta terapéutica a partir de un *Resido Corregido* = 2.4.

Tanto para la muestra total como según la principal sustancia problema fuera alcohol, cocaína o ambas sustancias, los resultados de realizar la tabla de contingencias con los porcentajes resultantes de recibir

alta terapéutica en función de la presencia de trastorno de personalidad o no se presentan en la Tabla 5.

Los resultados de la prueba Chi Cuadrado de Pearson para comprobar la independencia de las variables categóricas "Trastorno de Personalidad" y "Tipo de alta recibida" fueron $CHI_1=5.965$; $p=.015$; $OR=2.127$, con lo que en este caso existió relación entre el tipo de alta que recibió el participante y el diagnóstico o no de trastorno de personalidad. Así, a partir de la prueba Odds Ratio (OR) pudimos observar que para esta muestra de participantes la probabilidad o riesgo de recibir alta terapéutica fue 2.127 veces inferior si el participante presentaba diagnóstico de trastorno de personalidad.

Tabla 5. Tipo de alta en función de la presencia de trastorno de personalidad según la principal sustancia problema

	Trastorno de Personalidad		Tipo de alta		Total	Valor	Chi Cuadrado		
			No Terapéutica	Terapéutica			gl	Sig (bil)	OR
Muestra Total	Sí	Recuento (n)	40	99	139	5.965	1	.015	2.127
		Porcentaje %	28.8%	71.2%	100%				
	No	Recuento (n)	19	100	119				
		Porcentaje %	16%	84%	100%				
	Total	Recuento (n)	59	199	258				
		Porcentaje %	22.9%	77.1%	100%				
Alcohol	Sí	Recuento (n)	1	10	11	.000	1	1.000	1.000
		Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%				
	No	Recuento (n)	3	30	33				
		Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%				
	Total	Recuento (n)	4	40	44				
		Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%				
Cocaína	Sí	Recuento (n)	13	18	31	5.286	1	.021	4.815
		Porcentaje %	41.9%	58.1%	100%				
	No	Recuento (n)	3	20	23				
		Porcentaje %	13%	87%	100%				
	Total	Recuento (n)	16	38	54				
		Porcentaje %	29.6%	70.4%	100%				
Ambas sustancias	Sí	Recuento (n)	26	71	97	.789	1	.375	1.408
		Porcentaje %	26.8%	73.2%	100%				
	No	Recuento (n)	13	50	63				
		Porcentaje %	20.6%	79.4%	100%				
	Total	Recuento (n)	39	121	160				
		Porcentaje %	24.4%	75.6%	100%				

Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue el alcohol, los resultados de la prueba Chi Cuadrado para observar si tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad influyó en el tipo de alta son $CHI^2=1.000$; $p=1.000$; $OR=1.000$, con lo que para este grupo no se observó dicha influencia. Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue la cocaína, los resultados de esta prueba fueron $CHI^2=5.286$; $p=.021$; $OR=4.815$, con lo que se observó que para este grupo si hubo diferencias significativas, siendo la probabilidad de recibir alta terapéutica 4.815 veces superior en el caso del grupo que no presentaba trastorno de personalidad. Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fueron ambas sustancias, los resultados de la prueba Chi Cuadrado fueron $CHI^2=.789$; $p=.375$; $OR=1.408$, con lo que para este grupo tampoco hubo diferencias significativas.

El resultado de calcular el número de días en tratamiento que pasaron los participantes con y sin trastorno de personalidad se realizó sin 11 casos de los que no se disponía de fecha fin de tratamiento, siendo 3

los casos perdidos en el grupo cuya principal sustancia era el alcohol, 3 en el caso del grupo que ingresó por consumo de cocaína y 5 en el grupo de ambas sustancias. La media de días en tratamiento para los participantes con trastorno de personalidad y los que no tenían dicho trastorno se expone tanto para la muestra total como según la principal sustancia problema en la Tabla 6.

La prueba t de Student para muestras independientes para observar si había diferencias entre el número de días en tratamiento en función de tener o no trastorno de personalidad arrojó un resultado que se expone tanto para la muestra total como según sustancias en la Tabla 7. De este modo, en el caso de tomar a la muestra total, de forma significativa el grupo sin trastorno de personalidad estuvo mayor número de días en tratamiento que el grupo con trastorno, lo que se asoció efecto bajo. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas para ninguno de los grupos según su principal sustancia problema fuera el alcohol, la cocaína o ambas, asociándose a tamaños del efecto bajos.

Tabla 6. Días en tratamiento para el grupo de participantes en función del trastorno de personalidad y sustancia principal

		Trastorno de Personalidad		Total
		Sí	No	
Muestra total	<i>n</i>	134	113	247
	<i>M</i>	134.61	159.96	
	<i>DT</i>	80.247	61.701	
Alcohol	<i>n</i>	11	30	41
	<i>M</i>	166	168.67	
	<i>DT</i>	72.331	63.836	
Cocaína	<i>n</i>	29	22	51
	<i>M</i>	120.79	153.64	
	<i>DT</i>	70.904	60.987	
Ambas	<i>n</i>	94	61	155
	<i>M</i>	135.20	157.97	
	<i>DT</i>	83.444	61.469	

Nota: *M*=Media, *DT*=Desviación típica

Tabla 7. Prueba t de Student para muestras independientes entre días en tratamiento y trastorno de personalidad para muestra total y los grupos con principal motivo de diagnóstico (n= 247*)

			Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias			Tamaño efecto (<i>d</i> de Cohen)
			<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Muestra Total	Días en tratamiento	Se asume	8.513	.004	-2.743	245	.007	.350
		No se asume			-2.804	243.002	.005	
Alcohol		Se asume	.067	.797	-.114	39	.909	.350
		No se asume			-.108	16.075	.915	
Cocaína		Se asume	1.817	.184	-1.738	49	.088	.492
		No se asume			-1.775	48.165	.082	
Ambas sustancias		Se asume	5.174	.024	-1.832	153	.069	.301
		No se asume			-1.952	150.474	.053	

*En este análisis se incluyen el 95.7% de los casos de la muestra ya que no se dispone de datos de días en tratamiento de 11 casos (4.3% casos)

La media de días en tratamiento para los participantes que finalizaron con alta terapéutica y los que no se expone para la muestra total y según sustancias en la Tabla 8.

En cuanto al análisis de la influencia del número de días en tratamiento en el tipo de alta recibida, también se realizó con los casos perdidos indicados en el anterior resultado. Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes para ver si había diferencias entre el número de días en tratamiento entre el grupo que recibió alta terapéutica y el que no se muestran tanto para la muestra total como según sustancias en la Tabla 9.

Tabla 8. Días en tratamiento según sustancia principal y tipo de alta

		Tipo de Alta		Total
		No Terapéutica	Terapéutica	
Muestra total	<i>n</i>	57	190	247
	<i>M</i>	70.91	168	
	<i>DT</i>	54.280	62.476	
Alcohol	<i>n</i>	4	37	41
	<i>M</i>	51	180.59	
	<i>DT</i>	40.587	54.002	
Cocaína	<i>n</i>	15	36	51
	<i>M</i>	50.87	170	
	<i>DT</i>	34.661	42.185	
Ambas	<i>n</i>	38	117	155
	<i>M</i>	80.92	164.70	
	<i>DT</i>	59.686	69.498	

Nota: *M*=Media, *DT*=Desviación típica

Tabla 9. Prueba t de Student para muestras independientes entre días en tratamiento y tipo de alta para la muestra total y según la principal sustancia problema (n=247*)

		Igualdad de varianzas	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias			Tamaño efecto (d de Cohen)
			F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	
Muestra Total	Días en tratamiento	Se asume	.070	.791	-10.678	245	.000	1.613
		No se asume			-11.518	104.469	.000	
Alcohol		Se asume	.039	.845	-4.638	39	.000	2.441
		No se asume			-5.851	4.245	.004	
Cocaína		Se asume	.135	.715	-9.471	49	.000	2.911
		No se asume			-10.373	32.524	.000	
Ambas sustancias		Se asume	.257	.613	-6.671	153	.000	1.246
		No se asume			-7.210	72.289	.000	

*En este análisis se incluyen el 95.7% de los casos de la muestra ya que no se dispone de datos de días en tratamiento de 11 casos (4.3% de casos)

Así, tanto para la muestra total como dividiendo a los participantes según su principal sustancia problema se encontró que de forma significativa aquellos participantes que recibieron alta terapéutica pasaron más días en tratamiento, asociado en todos los casos a tamaños del efecto altos.

El resultado de realizar análisis de regresión logística para observar el peso de todas las variables conjuntamente (principal sustancia problema, trastorno de personalidad, días en tratamiento, controlando sexo y edad) en el tipo de alta recibida, indicó que la única variable que contribuyó a explicar el tipo de alta es el número de días en tratamiento, siendo adecuado el ajuste del modelo ($CHI_6= 88.803$; $p=.000$) y la proporción de varianza explicada de 45.7% a partir de la prueba R^2 de Nagelkerke (R^2 de Nagelkerke =.457). El modelo utilizado pronosticó la variable Tipo de Alta en un 84.6%, incrementándose a un 94.7% cuando se trataba de Alta terapéutica. Los resultados de este análisis de regresión se exponen en la Tabla 10.

Tras ello se realizó el análisis de regresión logística binaria para predecir el tipo de alta en función solo del diagnóstico de trastorno de personalidad (controlando las variables sexo y edad). Aunque en este caso solo la variable Trastorno de personalidad contribuyó a explicar el tipo de alta, el modelo no fue significativo ($CHI_3= 6.452$; $p=.092$) y la proporción de varianza explicada fue de 3.7% a partir de la prueba R^2 de Nagelkerke (R^2 de Nagelkerke =.037). El modelo utilizado estaba pronosticando la variable Tipo de Alta en un 77.1%, incrementándose a un 100% cuando se trató de Alta Terapéutica. Por otra parte el resultado de la regresión logística para predecir el tipo

de alta en función del tiempo en tratamiento, controlando las variables sexo y edad indicó que solo días en tratamiento contribuía a explicar el tipo de alta, siendo adecuado el ajuste del modelo ($CHI_3= 82.277$; $p=.000$) y la proporción de varianza explicada de 42.9% a partir de la prueba R^2 de Nagelkerke (R^2 de Nagelkerke =.429). El modelo utilizado pronosticó la variable Tipo de Alta en un 84.6%, incrementándose a un 94.2% cuando se trataba de Alta terapéutica.

Tabla 10. Análisis de regresión logística binaria para predecir el alta terapéutica incluyendo conjuntamente todas las variables (n=247*)

Variable	B	OR	I.C. 95%	p
Sexo	-.479	.620	.199 – 1.931	.409
Edad	-.045	.956	.911 – 1.003	.065
Días en tratamiento	.023	1.023	1.017 – 1.030	.000
Trastorno de Personalidad	-.358	.699	.313 – 1.562	.383
Alcohol	-1.442	.237	.055 – 1.016	.053
Cocaína	.058	1.060	.435 – 2.584	.898
Ambas**				

*Este análisis incluye el 95.7% de los casos de la muestra al no disponer de datos de días en tratamiento de 11 casos (4.3% de casos)
 **SPSS ha reducido los grados de libertad de la variable AMBAS de 1 a 0 debido a redundancias, por lo que no aparecen resultados para la misma.

En cuanto al peso del tipo de sustancia consumida principalmente, el resultado del análisis de regresión controlando sexo y edad indicó que solo la sustancia alcohol contribuyó a explicar el tipo de alta, no siendo adecuado el ajuste del modelo ($CHI_4= 7.355$; $p=.118$) y la proporción de varianza explicada de 4.3% a partir de la prueba R^2 de Nagelkerke (R^2 de Nagelkerke =.043). El modelo utilizado pronosticó la variable Tipo de Alta en un 77.1%, incrementándose a un 100% cuando se trata de

Alta Terapéutica. Los resultados de estos análisis de regresión logística se exponen conjuntamente en la Tabla 11.

Tabla 11. Análisis de regresión logística binaria para predecir el alta terapéutica

	Variable	B	OR	I.C. 95%	p
1. Tipo de Alta en función de Trastorno de personalidad	Trastorno de Personalidad	-.717	.488	.261 - .911	.024
	Sexo	-.022	.978	.413 - 2.315	.959
	Edad	.011	1.011	.976 - 1.047	.552
2. Tipo de Alta en función de número de días en tratamiento (n=247*)	Días en tratamiento	.023	1.023	1.017 - 1.029	.000
	Sexo	-.422	.656	.216 - 1.991	.456
	Edad	-.021	.979	.930 - 1.022	.337
3. Tipo de Alta en función de principal sustancia problema	Alcohol	-1.194	.303	.094 - .975	.045
	Cocaína	.264	1.302	.655 - 2.588	.452
	Ambas**				
	Sexo	-.111	.895	.380 - 2.109	.799
	Edad	-.001	.999	.962 - 1.038	.958

*En este análisis se incluyen el 95.7% de los casos de la muestra ya que no se dispone de datos de días en tratamiento de 11 casos (4.3%)

**SPSS ha reducido los grados de libertad de la variable AMBAS de 1 a 0 debido a redundancias, por lo que no aparecen resultados para la misma.

DISCUSIÓN

No se evidencia que las variables sexo y edad tengan influencia sobre el éxito terapéutico de los participantes.

El 77.1% de la muestra recibe alta de tipo terapéutico tras completar su proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania. Estos resultados son superiores a los de los estudios de Martínez-González et al. (2009, Szerman et al. (2013) y Madoz-Gúrpide et al. (2013).

Poco más de la mitad de los usuarios que habían pasado por tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania tiene diagnóstico de trastorno de la personalidad, porcentajes superiores a los de los estudios mencionados por Peris (2016), Lorea et al. (2009) y consistentes con estudio de Arias et al. (2013), Lana et al. (2016) y Krieger et al. (2016).

A pesar de lo anterior, los resultados de la influencia de tener trastorno de personalidad en el éxito terapéutico son contradictorios para la muestra de participantes tomada, ya que tomando a la muestra total se observa que el éxito terapéutico es menos probable si existe diagnóstico de trastorno de personalidad, lo que es compatible con lo que Vergara-Moragues (2010), Vergara-

Moragues et al. (2013), González-Saiz et al. (2014) y Madoz-Gúrpide et al. (2013) afirmaron en sus estudios. Y, aunque para este estudio esta influencia también se constata para el grupo cuyo motivo principal para el tratamiento es la cocaína, no es así cuando el alcohol o ambas sustancias son el principal motivo para el tratamiento. Tampoco se evidencia que el peso de tener trastorno de personalidad sea significativo en el éxito terapéutico cuando éste se analiza junto con otras variables como sexo, edad, tiempo en tratamiento o sustancia problema principal que motiva el ingreso.

Además, tomando a toda la muestra en su conjunto se observa aquellos que no presentan trastorno de personalidad pasan de forma significativa más tiempo en tratamiento que aquellos que si se encuentran diagnosticados. Este resultado contrasta con el del estudio de Martínez-González et al. (2009), pero es congruente con los resultados de Vergara-Marques et al. (2013). Esta influencia no se observa tomando a los grupos según sustancia problema.

La influencia del tiempo en tratamiento en el éxito terapéutico se constata tanto cuando se analiza de forma aislada (controlando sexo y edad) como cuando se analiza conjuntamente la influencia de todas las variables de este estudio en el éxito terapéutico. En concreto, aquellos participantes que no reciben alta terapéutica

pasan significativamente menos tiempo en tratamiento que aquellos que alcanzan éxito terapéutico, lo que es congruente con el estudio de González-Saiz et al. (2014) y Vergara-Moragues et al. (2013).

Como limitaciones de este estudio, es importante tener en cuenta que los resultados encontrados son obtenidos a partir de datos procedentes de una sola Comunidad Terapéutica, con lo que el presente trabajo carece de validez externa. Además, el registro de datos de las variables se había realizado con anterioridad al estudio, con lo que los análisis que incluyen la variable tiempo en tratamiento se realizan con menos casos al no disponer de datos de todos los participantes. Por otra parte, este estudio mejoraría si se dividiese a la muestra según el tipo de trastorno de personalidad, lo que no se ha realizado ya que en el caso de un número considerable de participantes el Trastorno de Personalidad era de tipo no especificado.

Agradecimientos

Agradecer a la Asociación Betania la cesión de los datos para la elaboración de este estudio.

REFERENCIAS

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las Redes de Salud Mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289126458010>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Madrid: Panamericana.

Asociación Betania (2016). *Modelo de Intervención clínica en adicciones "Betania"*. Manuscrito no publicado. Asociación Betania, Cehegín, Murcia, España.

Asociación Betania (2017). *Asociación Betania. Comunidad Terapéutica*. Recuperado de <http://www.asociacionbetania.org/programas/comunidad-terapeutica/>

Fowler, J. C., Groat, M., & Ulanday, M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 14-17. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00318.x>

González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent

patients in therapeutic communities. *Substance Abuse*, 35(2), 133-140. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.812544>

Krieger, D. M., Benzano, D., Reppold, C. T., Fialho, P. O., Pires, G. B., & Terra, M. B. (2016). Personality disorder and substance related disorders: A six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 127-134. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000113>

Lana, F., Sánchez-Gil, C., Adroher, N., Pérez Sola, V., Feixas, G., Martí-Bonany, J., & Torrens Melich, M. (2016). Comparison of treatment outcomes in severe personality disorder patients with or without substance use disorders: a 36-month prospective pragmatic follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14(7). <https://doi.org/10.2147/NDT.S106270>

Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

Madoz-Gúrpide, A., García, V., Luque, E., y Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una Comunidad Terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

Marín, R., y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.60>

Martínez-González, J. M., Graña, J. L., y Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

Martínez-Gras, I., Ferre, F., Pascual, J., Peñas, J., de Iceta, M., Fraguas, D., y Rubio, G. (2016). Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de cocaína atendidos ambulatoriamente en la red drogas de la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 28(1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

Organización Mundial de la Salud (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.

Peris, L. (2016). *Patología Dual en Trastornos de Personalidad*. Barcelona: EdikaMed. Recuperado de <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/personalidad.pdf>

Robles, M., García-Carretero, M. A., Gibert, J. Palma-Álvarez, R. F., Abad, A., y Roncero, C. (2017). Comorbilidad médica y psiquiátrica en pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio: Un estudio descriptivo. *Revista de Patología Dual* 4(3):1. [Doi: //dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.11](https://doi.org/10.17579/RevPatDual.04.11)

Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J. M., Velasco, E.,... Casas, M. (2016). Professionals' perception on the management of

patients with dual disorders. *Patient preference and adherence*, 10, 1855. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S108678>

Szerman, N. (2016). *Patología Dual, Enfermedad Mental/ Cerebral*. Barcelona: EdikaMed. Recuperado de <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/1-Intro-PDUAL-Dr-Szerman.pdf>

Szerman, N., Casas, M., y Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319–29. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/>

Szerman N., Martínez -Raga J., Baler R., Roncero C., Vega P., Basurte I., et al. (2015). *Declaración conjunta sobre Patología Dual*. Sociedad Española de Patología Dual. Manuscrito no publicado. Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf

Vega, P., Szerman, N., Roncero C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., et al. (2015). *Libro blanco. Recursos con pacientes con Patología Dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional*. Madrid: Sanidad y Ediciones S. L. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Libro_Blanco_version_final.pdf

Vergara-Moragues, E. (2010). *Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en Comunidad Terapéutica* (Tesis Doctoral en Psicología no publicada). Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/bitstream/10481/15074/1/19119987.pdf>

Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Fernández, F., Verdejo, A., Betanzos, P., Pérez, M. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en Comunidad Terapéutica. *Adicciones*, 25(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289126458008>